

Planilla PROEPI

Inscripción al RESAPRO - PROEPI

Fecha de solicitud ____/____/____

INFORMACIÓN IMPORTANTE:

- La inscripción al Programa dura 15 meses, luego deberá reinscribirse.

- Podrá disponer de la medicación al mes siguiente de la carga de esta planilla.

● DATOS DEL EFECTOR

Región Sanitaria

--	--	--	--

Nombre del Centro Asistencial _____

Localidad _____ **Municipio** _____

● DATOS

Completar en imprenta mayúscula, una letra/número por casillero

Apellidos _____ **Nombres** _____

Sexo ☐ M ☐ F **Identidad de género*** ☐ M ☐ H ☐ MT ☐ HT ☐ T ☐ O Indígena: SI ☐ NO ☐

DNI **Tipo** **Nº** **Fecha de nacimiento**

Municipio

Localidad

C.P.

[illegible][illegible]

COBERTURA PÚBLICA EXCLUSIVA ☐ El paciente no cuenta con cobertura de Obra Social/Prepaga

● DIAGNÓSTICO MÉDICO

☐ **Epilepsia Focal**

☐ **Epilepsia Generalizada**

Antecedentes Personales: ☐ Sufrimiento fetal

☐ Traumatismo de cráneo severo☐ **Convulsiones febriles**☐ Tumor cerebral☐ Meningitis - Encefalitis☐ **Accidente cerebrovascular**

● **MEDICACIÓN E INSUMOS SOLICITADOS**

PROEPI	DOSIS DIARIA	CONSUMO MENSUAL
<input type="checkbox"/> Ácido Valproico 5% jarabe	mg.	Frascos
<input type="checkbox"/> Carbamacepina 200 mg comp	mg.	Comp.
<input type="checkbox"/> Carbamacepina 5% jarabe	mg.	Frascos
<input type="checkbox"/> Clobazan 10 mg comp	mg.	Comp.
<input type="checkbox"/> Clonazepam 2 mg comp	mg.	Comp.
<input type="checkbox"/> Clonazepam 0.5 mg comp	mg.	Comp.
<input type="checkbox"/> Divalproato de Sodio 250 mg comp	mg.	Comp.
<input type="checkbox"/> Divalproato de Sodio 500 mg comp	mg.	Comp.
<input type="checkbox"/> Fenitoína Calcica 100 mg comp	mg.	Comp.
<input type="checkbox"/> Fenitoína Calcica 4% jarabe	mg.	Frascos
<input type="checkbox"/> Fenobarbital 100 mg comp	mg.	Comp.
<input type="checkbox"/> Fenobarbital 15 mg comp	mg.	Comp.
<input type="checkbox"/> Lamotrigina 50 mg comp	mg.	Comp.
<input type="checkbox"/> Oxcarbamacepina 300 mg comp	mg.	Comp.
<input type="checkbox"/> Oxcarbamacepina 6% jarabe	mg.	Frascos
<input type="checkbox"/> Topiramato 100 mg comp	mg.	Comp.
<input type="checkbox"/> Topiramato 50 mg comp	mg.	Comp.
<input type="checkbox"/> Valproato de Magnesio 400 mg comp	mg.	Comp.
<input type="checkbox"/> Vigabatrin 500 mg comp	mg.	Comp.

Firma y sello del médico

Matricula Provincial						
----------------------	--	--	--	--	--	--

Matricula Nacional

--	--	--	--	--	--

*M mujer - H hombre - MT mujer trans - HT hombre trans - T travesti - O otros